11

DE QUELQUES VARIÉTÉS

DE

TUMEURS CONGÉNITALES

DE L'OMBILIC

ET PLUS SPÉCIALEMENT DES

TUMEURS ADÉNOÏDES DIVERTICULAIRES

Par M. le Dr LANNELONGUE

et M. FREMONT, interne des hôpitaux.

Extrait des *Archives générales de médecine*

(Numéro de Janvier 1884).

PARIS

SSELIN et Cie, LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Place de l'École de Médecine

—

1884



DE QUELQUES VARIÉTÉS

DE

TUMEURS CONGÉNITALES

DE L'OMBILIC

ET PLUS SPÉCIALEMENT

DES TUMEURS ADENOIDES DIVERTICULAIRES

DE QUELQUES VARIÉTÉS

DE

TUMEURS CONGÉNITALES

DE L'OMBILIC

ET PLUS SPÉCIALEMENT DES

TUMEURS ADÉNOIDES DIVERTICULAIRES

Par M. le Dr LANNELONGUE,

et M. FREMONT, interne des hôpitaux.

Extrait des *Archives générales de médecine*

(Numéro de Janvier 1884.)

PARIS

ASSELIN et Cie, LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Place de l'École de Médecine

—

1884

DE QUELQUES VARIÉTÉS

DE

TUMEURS CONGÉNITALES

DE L'OMBILIC

ET PLUS SPÉCIALEMENT

DES TUMEURS ADÉNOIDES DIVERTICULAIRES.

Les tumeurs de l'ombilic qu'on observe chez l'enfant appartiennent aux variétés congénitales ou acquises. Les premières, assez communes, d'ailleurs, sont les seules qui nous occuperont.

Elles comprennent la hernie ombilicale et un groupe de productions accidentelles, qui tirent leur physionomie propre des conditions particulières où se trouve la région de l'ombilic au moment de la naissance.

La hernie ombilicale congénitale, n'étant pas une tumeur, dans le sens propre de ce mot, ne sera pas comprise dans cette étude; et pourtant elle n'est pas sans avoir de nombreux points de contact avec une des variétés de productions accidentelles que nous avons principalement en vue, les tumeurs *adénoïdes ombilicales*. Nous comprenons sous ce nom des tumeurs ordinairement pédiculées, implantées sur la cicatrice ombilicale, irréductibles, assez comparables comme apparence aux granulomes ordinaires de cette région, mais d'une constitution anatomique tout à fait différente. Leur tissu, en effet, est celui d'une paroi de l'intestin, ayant subi de profondes modifications; les papilles, surtout les glandes, s'y montrent en nombre et en proportions gigantesques, les diverses couches enfin sont aussi notablement altérées.

Ce premier aperçu indique bien le lien d'étroite parenté de ces tumeurs avec la hernie ombilicale. Pourtant leur apparence

clinique éloigne toute idée de hernie; mais elles en dérivent d'après un mécanisme qui sera indiqué plus loin.

Aussi viendront-elles justifier une fois de plus la portée et l'exactitude de la définition de la hernie ombilicale donnée par le professeur Duplay (1). « On comprend sous le nom de hernie ombilicale toute tumeur en rapport avec l'ombilic et contenant dans son intérieur un ou plusieurs viscères de l'abdomen. » Comme le remarque M. Duplay, cette définition embrasse dans sa généralité des lésions offrant entre elles des différences capitales : les tumeurs adénoïdes de l'ombilic en sont un exemple.

A côté des tumeurs adénoïdes de l'intestin ou, plus exactement, diverticulaires, on doit placer deux autres groupes de tumeurs congénitales : les angiomes et les kystes. Nous en donnerons des exemples plus loin, mais nous nous bornerons à mentionner les tumeurs urinaires de la région de l'ombilic, provenant de ce que l'ouraque est restée perméable. L'extrémité supérieure de ce canal vient alors proéminer au dehors, sous forme de tumeur, ainsi que Holmes en cite un exemple (2).

Le granulome ou tumeur végétante de l'ombilic n'appartient pas au groupe congénital, puisqu'il n'apparaît que postérieurement à la chute du cordon; il n'en sera donc question dans le cours de cette étude que d'une manière incidente.

I. *Tumeurs adénoïdes diverticulaires, adénomes de Kustner* (3), *exomphale fusiforme diverticulaire inversé de Chandelux* (4).

Deux exemples relatés par Kustner et un troisième par Chandelux sont les seuls faits que nous ayons trouvés comparables

(1) Thèse de concours 1866. De la hernie ombilicale.

(2) Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants. Trad. O. Larcher, p. 248.

(3) Notiz über den Bau des Fungus umbilicalis (Note sur la structure du fongus ombilical). Archiv. f. Gynæk., IX Bd., 3 Heft.

(4) De l'adénome et du granulome de l'omb. chez les enfants. Archives de Physiologie, 1881.

à ceux dont nous donnons la relation. Il en sera question à la suite de nos observations, qui sont au nombre de trois. L'un de ces trois faits ayant été très sommairement étudié, il n'en sera produit qu'une simple mention, dans le but de montrer que l'examen histologique de ces tumeurs, trop souvent négligé, est le plus souvent nécessaire pour en faire connaître la nature toute particulière.

Observation I. (Voir planche I.) *La planche montre une coupe antéro-postérieure de la tumeur.* — Le 22 février 1883, on nous présente, à la consultation de l'hôpital Trousseau, la nommée Louise Cof..., âgée de 4 mois, pour une tumeur de l'ombilic.

Louise Cof... est la cinquième enfant d'une famille dont les antécédents héréditaires sont bons. Parents et enfants sont bien conformés et bien portants. L'accouchement s'est fait après quarante-huit heures de travail. La sage-femme lia le cordon comme d'ordinaire. Celui-ci ne présentait rien d'anormal. Le neuvième jour, le cordon tomba. Il restait dans la petite dépression cutanée une tumeur rouge qu'on ne pouvait faire rentrer dans le ventre. Après plusieurs tentatives de réduction, après plusieurs jours de compression sur cette petite saillie, la sage-femme, ne la voyant pas diminuer, la cautérisa avec le crayon de nitrate d'argent. Ces cautérisations furent renouvelées plusieurs fois; mais la tumeur, loin de diminuer, grossissait toujours.

L'enfant prenait le sein, dormait bien, grandissait, présentait en un mot les apparences d'une santé excellente.

A l'examen de cette petite fille à l'hôpital, on constate qu'elle est bien conformée et que l'état général est bon. La tumeur de l'ombilic présente la forme d'un cube, avec une extrémité antérieure légèrement renflée. Sa couleur est rosée. Sa surface se continue directement avec la peau qui la circonscrit au niveau de son pédicule. Sa consistance est solide et uniforme. Elle est entièrement irréductible, et, par des pressions méthodiques faites avec douceur, on ne modifie pas son volume, et on ne perçoit rien d'anormal, ni crépitation, ni gargouillement.

L'examen qu'on en fait ne paraît pas douloureux, si ce n'est lorsqu'on exerce quelques tiraillements sur le pédicule. Elle a 8 millimètres dans tous ses diamètres; l'antéro-postérieur est un peu plus court : il mesure 6 millimètres. Sa partie postérieure est rétrécie; elle s'implante par une surface de 3 ou 4 millimètres au centre de l'anneau

ombilical, dont les bords la circonscrivent. Cette tumeur, attirée en avant avec un ténaculum, est sectionnée au niveau de son pédicule par un coup de ciseaux. Un peu de sang vient au niveau de son implantation; on cautérise cette petite plaie avec le crayon de nitrate d'argent, et on met une rondelle d'amadou sur l'ombilic, qu'on maintient avec quelques tours d'une bande en tarlatane. L'hémorrhagie s'arrête après le pansement.

Le 24 avril, l'enfant est revue; elle est très bien portante depuis l'opération. Il reste, au niveau de l'ombilic, un point rouge qui marche vers la cicatrisation; ce point siège sur la lèvre inférieure de l'anneau ombilical, vers le fond de la dépression; le centre de celle-ci paraît libre et recouvert d'une peau normale. Deux jours plus tard, la cicatrisation est définitive, et on ne reconnaît pas de saillie appréciable.

Examen histologique de la tumeur. — Cet examen a été fait de la manière suivante. On a placé la tumeur dans l'alcool à 36° pendant vingt-quatre heures, puis dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Ainsi durcie, cette tumeur a été partagée en deux, suivant un plan passant par son plus grand diamètre et le centre de son insertion ombilicale. C'est sur des coupes parallèles et perpendiculaires à ce plan qu'elle a été étudiée. Ces coupes ont été colorées au picrocarminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine; elles on ainsi permis une vue d'ensemble et une analyse de détails.

La surface de section de cette tumeur montre trois zones, l'une périphérique, l'autre centrale, séparées par une zone plus réfringente et moins colorée. L'examen à l'œil nu d'une préparation histologique permet de reconnaître que la tumeur a des contours réguliers; si on l'examine par transparence, on voit des stries qui sillonnent toute la portion périphérique de la tumeur.

Vue d'ensemble (Pl. I). — Un faible grossissement (Oc. 1, obj. 00 de Verick) permet de voir l'ensemble de la préparation. A la périphérie, se trouve une couche embryonnaire plus ou moins épaisse. Cette couche manque par places; mais, comme elle se retrouve dans les mêmes points, sur d'autres préparations, il faut en conclure qu'elle enveloppait entièrement la surface de la tumeur.

La zone corticale est de beaucoup la plus compliquée. Elle présente une surface tapissée par un épithélium à diamètre longitudinal prédominant, fortement coloré à la base par le picro-carmin. Toute cette surface est criblée de dépressions, de stries, résultant de la pré-

sence d'un grand nombre de glandes en tube qui pénètrent dans la substance de la tumeur à une profondeur variable.

Les stries qui en résultent ont une partie centrale claire, limitée de chaque côté par une bande rose vivement colorée. Quelques-unes arrivent jusqu'à la surface de la coupe; d'autres s'arrêtent à une distance plus ou moins grande de cette surface. Celles qui sont très longues présentent souvent sur leur trajet des dilatations suivies de parties rétrécies. Quelques-unes présentent des orifices d'ouverture à la surface de la tumeur considérables. Tous ces points dilatés laissent une partie centrale vide qui se détache en clair.

A côté de ces stries, on trouve de petits ovales, de petits cercles dont le centre est clair, les bords roses, et qui résultent de la section plus ou moins oblique de ces glandes par rapport à leur direction vers la surface. En quelques points, on voit deux ou trois glandes se terminer dans une large dépression qui leur forme une ouverture commune; cette disposition est rare. C'est de chaque côté du pédicule de la tumeur que ces glandes atteignent leur maximum de longueur et de largeur. A ce niveau, elles vont jusqu'à la couche musculeuse sous-jacente.

Dans ces mêmes points, on voit souvent des espaces clairs qui résultent de l'absence d'une ou plusieurs glandes. Quelques-unes de ces glandes ont perdu leurs rapports normaux, et, comme énucléées de leur situtation normale, viennent se mettre en travers des glandes voisines qui ont conservé leurs rapports ordinaires. Cette disposition résulte des altérations consécutives au montage des préparations ; elles sont variables comme siège, et sur des coupes un peu épaisses on ne les observe pas. Ce fait montre le peu de résistance de cette couche périphérique de la tumeur.

Plus profondément, se trouvent des glandes en tube également, mais dont l'épithélium est clair, à peine teinté par le picro-carmin, et qui se détache vivement sur le tissu conjonctif environnant, beaucoup plus coloré. Là, encore, à côté de tubes allongés d'une grande longueur, on trouve des sections de petits ovales ou cercles résultant de la coupe plus ou moins oblique de ces glandes. Ces tubes, ces culs-de-sac glandulaires sont tassés les uns contre les autres, à peine séparés par un peu de tissu conjonctif. Elles sont habituellement réunies sous forme d'amas distincts limités par du tissu conjonctif. Cette deuxième variété de glandes n'est pas représentée en certains points de la tumeur. Le plus souvent elles occupent les parties profondes de la zone superficielle. Çà et là, les glandes à

épithélium coloré se prolongent entre les amas formés par les glandes à épithélium clair. Mais ces deux variétés de glandes restent toujours très distinctes, par suite de la différence de coloration de leurs épithéliums.

Entre tous ces éléments, on aperçoit une légère fibrillation due a la présence du tissu conjonctif, et au milieu de celui-ci un assez grand nombre de points rouges représentant des éléments cellulaires.

Dans la zone moyenne, on trouve, immédiatement au-dessous de cette couche glandulaire, une ligne très nette d'une coloration orangée, formée d'éléments fusiformes, et qui représente des fibres musculaires lisses. Cette couche musculaire est séparée des culs-de-sac glandulaires par un peu de tissu conjonctif. Son épaisseur est assez uniforme.

Immédiatement au-dessous, on voit une couche fibrillaire, plus transparente, moins colorée, qui représente du tissu conjonctif pauvre en éléments cellulaires. Au milieu de ces fibres, se trouvent des îlots arrondis ou ovalaires, de coloration verdâtre, entourés par une paroi propre, correspondant à des sections de vaisseaux.

Sur un des côtés de la préparation, il existe une masse colorée en rouge, légèrement ovale, et que nous verrons être un follicule lymphatique.

Tout près de la zone centrale, on retrouve une coloration orangée, formée de fibres musculaires lisses, dont quelques-unes sont coupées perpendiculairement à leur axe.

La troisième zone, une zone centrale, est colorée en rouge sombre, parcourue par des tractus plus blancs de tissu conjonctif, et divisée ainsi de telle sorte qu'à un faible grossissement elle rappelle l'aspect d'une coupe du pancréas.

Presque au centre de cette zone, se trouvent trois îlots de coloration bistrée, verdâtre, avec paroi propre représentant une artériole et deux petites veines

Vue de détail. — Un grossissement plus considérable est nécessaire pour analyser chacun de ces éléments et se rendre compte de leur disposition : par exemple le grossissement donné par l'oculaire n° 2 et l'obj. n° 7 de Verick.

A ce grossissement, nous allons constater certains détails que nous n'avons pu apercevoir encore.

La couche périphérique est essentiellement formée de cellules embryonnaires, avec un gros noyau granuleux et un protoplasma peu

abondant. Dans les points où cette couche passe, au-dessus d'une dépression un peu large qui résulte de l'ouverture d'une glande, elle est souvent plus épaisse, et présente même en quelques points une sorte de prolongement dans ces orifices. Les cellules qui la forment sont légèrement aplaties, suivant la surface de la tumeur. De fines fibrilles fibrineuses unissent ces cellules entre elles.

L'épithélium cylindrique qui recouvre la surface de la tumeur est partout continu avec lui-même, car il se prolonge dans les glandes en tube de la première variété, ou glandes de Lieberkühn. Dans tous ces points, il présente la même forme et la même disposition.

C'est un épithélium cylindrique très allongé, sans plateau. La partie profonde de la cellule possède un gros noyau fortement coloré par le picro-carmin ; autour de lui, un peu de protoplasma moins coloré. Le reste de la cellule, ce qui représente ses deux tiers superficiels, est clair, rempli par une substance muqueuse, de telle sorte que toute cette partie de la cellule épithéliale a l'apparence d'une vacuole ; mais celle-ci est presque toujours fermée par une ligne plus ou moins large qui occupe l'extrémité de la cellule.

En quelques endroits seulement, on trouve quelques cellules caliciformes ; elles ne sont pas disposées régulièrement.

A la surface de la coupe, dans les points où les glandes en tubes sont très rapprochées et à peine séparées par un peu de tissu conjonctif, l'examen montre un certain nombre de cellules épithéliales coupées plus ou moins obliquement, d'où l'apparence d'un réseau lacunaire dont les travées sont fines et granuleuses. Les espaces clairs sont remplis par un globe de mucus élaboré par l'élément cellulaire, et destiné à être versé dans la glande en tube d'abord, puis à la surface de la tumeur.

Les glandes de la seconde variété se distinguent par leur épithélium. La cellule épithéliale qui le forme est à peine teintée en jaune ; elle est cylindrique, mais moins allongée que celle que l'on trouve dans les glandes de la première variété. Son noyau est légèrement aplati et collé à la base de la cellule. Ces noyaux sont colorés en rouge par le picro-carmin. En se juxtaposant les uns à côté des autres, ils établissent nettement les limites de la glande. Le reste de la cellule est clair, légèrement granuleux, et renferme de petites stries irrégulièrement entre-croisées. Les cellules épithéliales laissent une petite cavité remplie par de la substance grise avec quelques fibrilles.

Très rapidement, en se portant des culs-de-sac glandulaires vers la

partie terminale des tubes, cet épithélium se modifie dans la forme de ses cellules.

De cylindrique, il devient polygonal, par pression réciproque des cellules les unes contre les autres, car elles remplissent toute la cavité du tube. On ne voit pas nettement comment ces glandes s'ouvrent à la superficie. Elles ne semblent pas se continuer avec la cavité des glandes en tube à épithélium coloré. Nulle part, nous n'avons trouvé de glandes de la première variété bifurquées à leur partie profonde, mais celles de la deuxième présentent assez souvent cette disposition. Tous ces éléments glandulaires, qu'ils appartiennent à la première ou à la seconde variété, sont séparés par un stroma conjonctif, à fibres délicates entre-croisées dans tous les sens. Nous avons déjà dit qu'il était peu abondant entre les tubes des glandes de la deuxième variété. De très nombreuses cellules embryonnaires sont disséminées au milieu de ce tissu. L'irritation dont cette tumeur était le siège, par suite des compressions et des cautérisations, nous explique facilement pourquoi ces cellules embryonnaires sont en nombre aussi considérable. On trouve peu de vaisseaux dans ce tissu, et ils n'y sont représentés que par des capillaires.

En plusieurs points existent des follicules lymphatiques vers la partie profonde : les uns sont volumineux, les autres petits, et rappellent ceux qu'on trouve normalement dans la muqueuse de l'estomac. Le tissu conjonctif qui les entoure leur forme une enveloppe, à peine distincte le plus souvent du reste du stroma.

Immédiatement au-dessous de ces glandes se trouvent des éléments fusiformes pourvus d'un noyau en bâtonnet, disposés en couche régulière assez épaisse colorée en jaune orange : ce sont des fibres musculaires lisses. De cette couche partent quelques fibres qui se dirigent vers la superficie ; elles ne s'élèvent pas au-dessus des culs-de-sac glandulaires de Lieberkühn et n'existent pas entre les autres glandes. Au-dessous de cette couche de fibres musculaires lisses, parallèle à la surface de la tumeur, se trouve une couche conjonctive, avec des fibres assez épaisses à direction variable.

Dans cette couche nous avons trouvé un beau follicule lymphatique, dont il est facile de constater le réticulum sur des préparations traitées au pinceau. De fines fibrilles concentriques de tissu conjonctif lui forment une paroi assez nette.

Tout près de la zone centrale, il existe une deuxième couche de fibres musculaires lisses à direction parallèle à cette zone centrale ; quelques fibres cependant sont coupées perpendiculairement à leur axe.

Au-dessous de cette couche de fibres musculaires lisses on voit du tissu conjonctif semblable au précédent qui envoie des prolongements à l'intérieur de la zone centrale et la divise en un grand nombre de lobules irréguliers. Cette zone centrale est essentiellement formée par une accumulation de glandes. Ces glandes sont serrées les unes contre les autres.

Ces glandes sont encore des glandes en tube. L'aspect sous lequel elles se présentent varie suivant qu'elles sont coupées parallèlement, perpendiculairement ou obliquement à leur direction. Sur une coupe il y en a toujours un certain nombre qui sont divisées en divers sens; aussi trouve-t-on, à côté de coupes ovales et rondes, des tubes étendus. Au niveau de leur origine ces glandes naissent assez souvent par deux culs-de-sac qui s'ouvrent dans un tube commun. Les cellules qui les tapissent ne sont pas nettement séparées les unes des autres ; cependant on peut encore reconnaître assez facilement leurs limites respectives par leurs noyaux. Le noyau, qui est toujours unique, est assez fortement coloré par le picro-carmin ; il est rejeté à la périphérie du tube glandulaire. Il résulte de cette disposition la formation d'une ligne rouge; mais cette ligne offre de petits espaces entre les noyaux de chaque cellule. Le potoplasma de toutes ces cellules est granuleux et présente des stries irrégulières et très fines. Dans les culs-de-sac, et tout près de ceux-ci, les cellules laissent une légère cavité au centre du tube glandulaire; mais bientôt elles remplissent cette cavité, se tassent les unes contre les autres et deviennent polygonales par pression réciproque. De fins tractus conjonctifs séparent tous les culs-de-sac et les tubes glandulaires.

Au centre de cette zone spéciale on trouve une artériole et deux veinules, entourées par du tissu fibreux qui forme une des travées qui divisent l'amas glandulaire central de la tumeur en lobules très irréguliers.

Obs. II. (Voir planche II et III.) — *Tumeur adénoïde diverticulaire de l'ombilic.* — Le 29 juin 1883, on conduit à l'hôpital Trousseau la nommée Perch... (Céline), âgée de 9 mois, atteinte d'une tumeur de l'ombilic. L'accouchement a été régulier ; l'enfant est venu au monde dans de bonnes conditions, et la sage-femme a fait la ligature du cordon sans remarquer rien d'anormal. A la chute du cordon, survenue le 8e jour, il est resté, suspendue à l'ombilic, une tumeur de plus d'un centimètre de long et d'un centimètre environ dans tous ses autres diamètres. C'est en vain qu'elle a été cautérisée

plusieurs fois avec le crayon de nitrate d'argent, par un praticien de la ville.

Aujourd'hui, on trouve une tumeur d'une consistance solide, uniforme, assez rénittente, et n'ayant nullement la mollesse des bourgeons charnus. A sa surface, il semble qu'il y ait quelques traces de division, mais un examen plus approfondi fait voir qu'elle est une dans son ensemble.

La surface de la tumeur est lisse, brillante, rosée ; on ne saurait mieux la comparer qu'à celle de la muqueuse intestinale dans le polapsus du rectum. On y voit de légers produits blanchâtres. Ces produits de sécrétion ne sont pas du pus, mais un liquide séreux, qui ne tache pas le linge en jaune.

Sur l'un des côtés de la tumeur on voit un léger enfoncement par lequel, au dire de la mère, il sort parfois un peu de sang ; cet enfoncement, exploré au stylet, est très superficiel. Le pédicule de la tumeur complète l'anneau ombilical et adhère fortement au pourtour de cet anneau. L'irréductibilité de cette petite masse est complète, et non seulement on n'obtient pas de réduction par un refoulement méthodique, mais on n'en change pas le volume; on ne perçoit ni crépitation ni gargouillement, et on acquiert ainsi la conviction que la tumeur est solide et ne présente aucune communication avec l'intestin. Son volume a un peu augmenté depuis la naissance.

L'enfant ne présente aucun antécédent héréditaire ; sa nutrition est excellente et il ne paraît pas incommodé par la présence de cette production.

Les caractères précédents font penser à une tumeur adénoïde de l'intestin et on procède à son extirpation qui s'exécute simplement comme dans la première observation. Une artériole donne un petit jet de sang ; on cautérise la plaie et on exerce un peu de compression. L'hémorrhagie s'arrête ; l'enfant n'a été ramené à l'hôpital que quinze jours après, entièrement guéri. La cicatrice est profonde et nullement soulevée par la réapparition d'une saillie quelconque.

Examen histologique. — Cet examen a été fait après avoir durci la tumeur de la même manière que dans le premier cas et sur des coupes pratiquées de la même façon.

L'inspection d'une préparation faite à l'œil nu et par transparence montre à la périphérie des stries absolument semblables à celles que présentait notre première tumeur.

A. Vue d'ensemble. — Un faible grossissement (Oc. I. obj. 00 de Verick) permet de voir l'ensemble de la préparation.

On y distingue deux zones : l'une périphérique, l'autre centrale.

La surface de la zone superficielle est tapissée par un épithélium cylindrique fortement coloré par le picro-carmin.

Elle est criblée de dépression de stries résultant de la présence d'un grand nombre de glandes en tubes qui pénètrent à une profondeur variable dans la substance de la tumeur.

Des glandes en tube, mais à épithélium clair, se trouvent à la partie profonde de cette zone.

Entre tous ces éléments glandulaires se trouve du tissu conjonctif à fibres délicates entre-croisées dans tous les sens avec cellules embyonnaires très nombreuses. Cette zone présente donc, avec la zone correspondante de notre première tumeur, la plus grande analogie. Elle en diffère cependant par quelques particularités. A la partie antérieure de la tumeur, on voit des dépressions un peu plus larges, plus irrégulières que les glandes en tube. Ces dépressions limitent des parties pleines de stroma conjonctif et dont les extrémités sont renflées en massue ou irrégulièrement anfractueuses. Outre cette disposition en papilles, on constate encore un point intéressant. Dans notre première tumeur nous n'avions pu constater comment les glandes à épithélium clair s'ouvrent à leur extrémité terminale. Ici, on peut le voir nettement. Elles viennent se terminer à la partie profonde de ces papilles, et dans quelques-unes on voit deux glandes se terminer au même niveau.

Sur l'un des côtés de la tumeur, on trouve des points de coloration bistré verdâtre, plus ou moins étendus. Les uns sont sans communication avec la surface, les autres communiquent avec la cavité d'une glande ou la surface de la tumeur.

Ce sont des amas de globules rouges.

Au-dessous de la couche glandulaire se trouve une bande colorée en jaune orangé, formée de fibres musculaires lisses disposées en couche concentrique régulière. Puis on voit du tissu conjonctif à fibres plus ou moins développées entre-croisées dans toutes les directions. Presque au centre de la tumeur existent des fibres musculaires lisses formant deux couches, l'une parallèle à la couche superficielle, et l'autre perpendiculaire.

Leur étendue est moins considérable, et elles n'occupent pas tout la longueur de la zone centrale de la tumeur. Çà et là on voit encore quelques fibres musculaires lisses à direction variable, disséminées au milieu du tissu conjonctif. Le tissu conjonctif a des fibres volumi-

neuses par places, des cellules plus nombreuses dans d'autres points. Des vaisseaux à parois indépendantes se montrent en assez grand nombre dans le tissu conjonctif.

B. *Vue de détail.* — Un grossissement considérable, comme celui donné par l'oc. 2 et obj.7 de Vérick, montre que l'analogie constatée avec un faible grossissement entre la zone périphérique et la zone correspondante de la première tumeur est vraie.

Même épithélium cylindrique vacuolaire, rarement caliciforme pour les papilles et les glandes en tube, semblables aux glandes de Lieberkühn. Même structure des glandes à épithélium clair. Au niveau de leur point de terminaison à la base des papilles, leur calibre diminue un peu et leur épithélium prend une coloration un peu rosée qui le rapproche de celui qui tapisse la surface de la tumeur.

Ce grossissement plus considérable montre mieux la situation des foyers microscopiques d'hémorrhagie. Le plus grand nombre siège à l'extrémité des papilles, immédiatement sous l'épithélium, sans communiquer avec la surface de la tumeur. Quelques-uns ont rompu cette frêle barrière et se sont mis en contact avec l'extérieur. C'est là probablement l'explication des petites hémorrhagies observées par la mère en ce point de la tumeur.

Obs. III. — Cette observation a été prise d'une manière incomplète; l'examen histologique de la tumeur a été fort sommaire. Nous savons seulement que la tumeur qui fait le sujet de cette observation était constituée par des glandes en tube formant une couche superficielle comme dans les observations précédentes et par une couche centrale de fibres musculaires lisses.

Si l'on résume les caractères anatomo-pathologiques des tumeurs adénoïdes diverticulaires, on voit qu'elles sont constituées par le tissu de l'intestin, modifié cependant à bien des égards. Il est donc légitime de chercher les conditions de leur mode de formation dans les rapports qui existent entre le développement de l'intestin et l'ouverture de la paroi abdominale.

L'intestin se développe aux dépens de l'endoblaste et du feuillet fibro-intestinal de Remak; il se replie de manière à former une gouttière étendue du pharynx à l'anus, dont la fermeture au niveau de l'ombilic est assez tardive. Déjà à cette période la fermeture intestinale peut ne pas se produire, et de

nombreux faits attestent la persistance de la communication de l'intestin avec le canal vitello-intestinal.

Prestat (1), W. King (2), Jacoby (3) ont observé des faits de fistules de l'ombilic communiquant avec la cavité intestinale résultant de cette anomalie. M. Nicaise cite également une persistance anormale de ce conduit dont voici le résumé : dans une hernie ombilicale ordinaire, l'intestin présente un diverticulum ampullaire, au niveau duquel la couche musculaire est épaissie; en même temps il existe une perforation au sommet du diverticulum ampullaire. Cette hernie de l'anse intestinale vitelline est placée à la base du cordon et absolument irréductible par suite d'adhérences. Ces adhérences avaient amené des modifications dans la structure des parois et la disposition des faisceaux musculaires de l'intestin.

Dupuytren a observé encore deux exemples de fistules stercorales de l'ombilic au moment de la chute du cordon (4). Dans plusieurs autres cas, enfin, on a constaté l'existence d'un diverticule vitello-intestinal; tels sont les faits de Sandifort (5), de Schulze (6), de Tiedmann (7), de Ludwig et Tilling, rapportés et analysés par M. Cazin (8).

D'autre part, Bruce (9) rapporte plusieurs faits dans lesquels une petite hernie de l'ombilic a été prise dans la ligature du cordon. A la chute de cette ligature, un petit orifice laissait passer des matières et des gaz; puis des bourgeons charnus se développant, amenaient une oblitération définitive après un temps variable. L'absence des phénomènes de l'étranglement her-

---

(1) Bull. de la Soc. anat., 1839, p. 92.

(2) Archives générales du médecine, 1844, 4e série, t. IX.

(3) Berlin. Klin. Woch., 1877, n. 13, p. 202. Zur Casuistik der Nabelfisteln.

(4) Thèse de Brun. Paris, 1834. Sur une espèce de tumeur fistuleuse stercorale.

(5) Observ. anat. pathol., bib. III, p. 28.

(6) Acta nat. cur., t. I, obs. 226, p. 502.

(7) Anat. der Kopflössen missegburten, t. IV, p. 226.

(8) Thèse de Paris. Etude sur les diverticules de l'intestin.

(9) Thèse Paris, 1834. Sur une espèce particulière de fistule stercorale de l'ombilic.

niaire, dans les cas cités par Bruce, justifie pleinement l'opinion du professeur Duplay, qui ne considère ces faits que comme des exemples de hernies diverticulaires.

Il existe donc assez souvent, au niveau de l'ombilic, un diverticule intestinal constitué par un vestige du conduit vitello-intestinal. Ce diverticule est pour nous l'origine des tumeurs adénoïdes qui font l'objet de cette étude. Les particularités qui s'y attachent, c'est-à-dire la présence de la membrane muqueuse à la surface de la tumeur, tandis que le centre ne comprend que des fibres musculaires lisses, associées à des fibres conjonctives et parfois à du tissu glandulaire, impliquent nécessairement un mécanisme tout à fait particulier qui demande à être attentivement examiné.

Dans l'hypothèse d'une hernie directe où le diverticulum resterait à découvert au moment de la chute du cordon, on doit normalement trouver une couche séreuse, deux plans musculaires et une muqueuse au centre. Or, nos tumeurs (voir planches I et II) présentent une disposition de ces plans dans un ordre inverse. Aussi sommes-nous conduits à rechercher une autre interprétation des phénomènes dans les incidents qui se lient au travail de la chute du cordon. Le premier fait nécessaire est l'existence d'un diverticule, au milieu des éléments du cordon.

Nous ne rappellerons pas ici les conditions physiologiques inhérentes à la chute du cordon, ni le rôle que joue à cet égard le sphincter musculaire décrit par le professeur Richet; nous dirons simplement que le diverticule intestinal, faisant anormalement partie du cordon, se trouvera séparé comme les autres parties; par suite il restera adhérent à la paroi abdominale par toute sa surface extérieure. Celle-ci, en effet, formée par la séreuse péritonéale, sera dans les conditions les meilleures pour que la soudure s'y fasse aisément et avec promptitude.

Mais il n'en est pas de même du côté de l'intérieur du diverticulum, là où se trouve la membrane muqueuse proprement dite. Cette membrane sera, elle aussi, sectionnée dans toute son étendue, quoique cependant on pourrait concevoir que la section ne comprît pas toute la circonférence. Mais tandis que

par ses bords la muqueuse va adhérer en se fusionnant avec les parties voisines, la surface interne, qui n'est nullement avivée, qui est recouverte par son épithélium ordinaire, ne se trouvera pas dans des conditions aussi favorables à la soudure. De plus, on ne doit pas oublier que le rétrécissement progressif de la cavité de l'infundibulum, pendant que s'accomplit ce travail, doit déterminer un froncement spécial de la muqueuse. Cet ensemble de raisons laisse entrevoir que la muqueuse centrale ne doit pas participer à une fusion cicatricielle, au niveau de l'ouverture ombilicale. Dès ce moment elle est exposée à une procidence qu'on peut considérer à deux degrés.

Dans une première catégorie de faits la procidence sera générale; il devra exister alors au centre de la tumeur une sorte d'infundibulum en communication avec l'intestin, à la condition toutefois que le travail de séparation n'ait pas amené l'oblitération de la hernie centrale de l'infundibulum. Or, l'examen très complet des tumeurs que nous avons eues sous les yeux ne nous a pas révélé cette particularité. Cependant nous trouvons deux cas observés par Dupuytren, qui nous paraissent rentrer dans cette catégorie (1). En voici le résumé :

Un enfant de vingt-huit jours avait à l'ombilic une tumeur arrondie du volume d'une cerise, de couleur rouge, à surface unie, lubréfiée par du mucus, rétrécie à la base, perforée d'un conduit fistuleux à son centre, indolente. Cette tumeur avait été vue peu de temps après la chute du cordon. Un stylet mousse pénètre à plus d'un pouce et demi. Une petite quantité de matière stercorale s'écoulait par l'orifice du conduit. Dupuytren ayant remarqué qu'on pouvait, sans causer d'accidents, empêcher les matières de s'écouler par l'orifice ombilical, applique une ligature à la base de la tumeur, qui se flétrit rapidement; la guérison fut complète.

Chez un autre enfant, quatre jours après la section du cordon, apparurent à l'ombilic deux petites tumeurs du volume du bout du doigt, arrondies, à surface muqueuse, placées l'une à côté de l'autre; celle de gauche, plus volumineuse, percée à son

(1) Thèse de Brun, 1834. Loc. cit.

centre d'un conduit où pénétrait un stylet à plus d'un pouce de profondeur, laissait écouler un liquide bilieux, mélangé de matières fécales en petite quantité, proportionnellement à la quantité rendue par l'anus.

Une procidence partielle de la muqueuse, c'est-à dire un prolapsus latéral, ne comprenant par conséquent qu'une partie de cette membrane, entraînant à sa suite les plans musculaires qui lui sont annexés, telle est l'interprétation qui nous paraît en harmonie avec les caractères offerts par les tumeurs dont nous parlons. Dès que la chute du cordon a lieu, cette procidence se révèle par la présence d'un corps arrondi, rougeâtre, comparable à un petit agrégat de bourgeons charnus; puis sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant, à cette période où la cicatrice ombilicale n'offre pas une résistance suffisante, la petite tumeur augmente et elle prend en quelques jours le volume d'un pois, d'une noisette, qui n'a pas été dépassé dans nos observations. On comprend cependant qu'il puisse devenir plus considérable, et l'observation de Chandelux en est un exemple. Dans cette observation la tumeur a une longueur de 6 centim., avec persistance à son niveau du cordon ombilical. Mais l'hypothèse élevée par M. Chandelux, sans arguments et sans preuves, d'une inversion du diverticule, tombe d'elle-même. L'examen anatomo-pathologique, fait par M. Chandelux, ne révèle aucune trace d'inversion ou d'invagination.

La constitution anatomique des tumeurs adénoïdes de l'intestin révèle encore un point important; il est relatif aux transformations qui s'accomplissent dans la paroi qui forme la tumeur elle-même dès le principe. Les faits établissent (voir planche I et II) que cette paroi ne se montre plus dans sa simplicité anatomique; chacun des plans a subi des modifications profondes qui doivent nous arrêter un instant; de plus, les rapports des tuniques entre elles se présentent avec quelques particularités dignes d'intérêt.

Avant de rechercher les causes de ce fait, l'analyse des éléments qui le constituent s'impose.

1° *Altération de la muqueuse.* — La muqueuse intestinale

subi de profondes modifications qui portent sur son épithélium, son chorion, et surtout sur les glandes qu'elle comprend.

L'épithélium ne présente nulle part un plateau comme il en existe à l'état normal dans l'intestin; toutes les cellules sont distendues par du mucus; quelques-unes seulement possèdent l'aspect caliciforme dû à l'excrétion de leur produit muqueux. Le chorion présente une grande quantité d'éléments embryonnaires beaucoup plus grands. Les glandes se montrent sous deux aspects. Celles qui sont recouvertes d'un épithélium semblable à celui qui tapisse la surface de la tumeur sont remarquables par leur longueur, leur largeur, leur ouverture, souvent très large au niveau de la surface de la tumeur, et enfin par les dilatations ampullaires qu'elles présentent parfois sur leur trajet. Quant à celles qui n'ont qu'un épithélium clair, elles ne sont pas représentées dans l'intestin normal.

Une dernière particularité est à noter : c'est l'existence, au centre d'une de ces tumeurs, d'un amas glandulaire absolument inexplicable au premier abord. Une invagination, proprement dite, ne saurait en rendre compte, et on pourrait alors songer à une genèse hétéradénique.

Mais en dehors de ce qu'a de peu rationnel une pareille interprétation, nous croyons pouvoir fournir une explication plus simple et plus légitime.

L'hypertrophie des glandes muqueuses est considérable, puisqu'elles sont deux ou trois fois plus grandes qu'à l'état normal. Dès lors on peut admettre qu'un des îlots glandulaires refoulé vers le centre, ou occupant primitivement presque le centre de la tumeur, se soit trouvé isolé du reste de la muqueuse par une prolifération conjonctive plus abondante. Les tubes glandulaires étouffés et comprimés seraient ainsi isolés de leurs culs-de-sac. La portion glandulaire centrale, ainsi comprise, ne serait qu'une dépendance ancienne de la muqueuse. Cette hypothèse serait démonstrative si on avait trouvé en un point quelconque la continuation entre le tissu glandulaire central et la surface de la tumeur. De nombreuses coupes, pratiquées dans tous les sens, n'ont cependant pas fait reconnaître cette continuité.

2° *Modifications des rapports des diverses tuniques.* — L'adhérence des tuniques entre elles est beaucoup plus grande; un tissu conjonctif inflammatoire les unit étroitement et fait de la tumeur un tout compacte. Les couches sont irrégulières, souvent épaissies, et surtout séparées par un tissu conjonctif beaucoup plus abondant qu'à l'état normal. Dans l'observation I, on peut dire que la tumeur est presque exclusivement formée par la muqueuse doublée de la mince couche de fibres musculaires lisses qui lui est propre et de la couche celluleuse sous-jacente très hypertrophiée, au centre de laquelle se trouve le tissu glandulaire dont nous avons parlé.

La cause de tous ces changements nous paraît de nature irritative, et l'unique résultat d'une inflammation simple sur des parties en voie de développement. Les frottements de la tumeur sur les parties voisines ou sur les pièces des pansements, les cautérisations que l'on a pratiquées dans les deux cas sont des causes suffisantes pour provoquer l'apparition de l'inflammation qui est le point de départ des transformations accomplies. C'est également l'inflammation qui a produit cette couche embryonnaire de la surface de la tumeur n° 1.

Granulome de l'ombilic. — Le granulome de l'ombilic, tumeur végétante, fongus de l'ombilic des nouveau-nés (Dugès)(1), excroissance de Simpson, tumeur verruqueuse de Holmes et Athol Johnson (2), n'appartient pas au groupe des tumeurs congénitales, puisqu'il n'apparaît que postérieurement à la chute du cordon. Son étude ne nous concerne donc qu'en ce qui regarde le diagnostic différentiel qui sera fait plus loin entre le granulome et les tumeurs adénoïdes diverticulaires ; nous avons cru néanmoins devoir en donner ici de très courtes observations, afin de mieux faire ressortir les analogies et les dissemblances qui existent entre lui et les tumeurs précédentes.

Obs. IV. — *Granulome.* — Le 10 avril on nous apporte la nommée

---

(1) Dict. de méd. en 15 vol. T. XII, p. 159.

(2) Lectures on the surgery of childhood, 1860, p. 41.

Jeanne Rondeau, âgée de 3 semaines. Cette enfant est venue au monde après un travail régulier et avec présentation céphalique.

Une sage-femme a lié le cordon à 2 centimètres de l'ombilic. Le cordon est tombé le dixième jour, mais il a laissé une petite saillie qui n'aurait pas sensiblement changé d'aspect depuis ce jour.

Cette tumeur occupe exactement le milieu de la cicatrice ombilicale sur laquelle elle s'implante par un pédicule large de 5 millimètres sur 1 millimètre de hauteur. Elle présente elle-même 6 millimétres de largeur sur 4 millimètres d'avant en arrière. Elle est aplatie; sa surface est à peine plus rosée que celle de la peau qui l'entoure et avec laquelle elle se continue sans ligne de démarcation. Le sommet, ou partie antérieure, présente une surface rosée, qui tranche sur la couleur des autres parties de la tumeur, et qui laisse écouler un peu de liquide, dit la mère, assez semblable à celui d'une plaie : *les linges sont tachés en jaune.*

La tumeur est enlevée d'un coup de ciseaux ; à peine s'écoule-t-il un peu de sang par la plaie ; cautérisation au crayon de nitrate d'argent et légère compression, comme dans les observations précédentes. Cette enfant n'a jamais été revue ; il est donc certain que tout s'est bien passé, car ses parents habitent Paris et avaient promis de la rapporter au moindre accident.

L'examen micrographique de cette tumeur a été fait après l'avoir fait durcir dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool Cette tumeur est essentiellement formée par du tissu embryonnaire. A sa surface, on trouve des cellules plus volumineuses, légèrement tassées à la périphérie, mêlées de fibres qui forment une sorte d'enveloppe. En certains points cette enveloppe présente des épaississements semblables à ceux de l'épiderme entre les papilles du derme. Mais les cellules profondes ne sont pas allongées, elles ne présentent pas de dentelures, et celles de la superficie sont moins aplaties. Les cellules qui forment cette enveloppe sont presque sphériques ; elles renferment un ou deux nucléoles avec un gros noyau fortement coloré par le picro-carmin. Entre toutes ces cellules se trouvent des fibrilles conjonctives qui les unissent et qui se continuent avec les fibrilles de l'intérieur de la tumeur. Les vaisseaux de cette tumeur sont nombreux, à parois embryonnaires ; cependant on trouve du tissu conjonctif assez abondant autour des vaisseaux les plus volumineux, et certainement plus avancé en organisation que dans aucun autre point de la tumeur.

Obs. V. — *Granulome.* — Jules Gaspard, âgé de 2 mois, nous est amené le 22 avril 1883, pour une tumeur de l'ombilic.

Immédiatement après la naissance, le cordon, qui ne présentait rien d'anormal, fut lié par le médecin. Le cordon est tombé le quatrième jour. Depuis lors il y a toujours eu une suppuration assez abondante au niveau de la cicatrice ombilicale. Au bout de deux ou trois semaines seulement, au dire de la mère, se montra la tumeur ; elle avait alors le même volume que maintenant. — Cette tumeur a la forme d'un gros bourgeon charnu, plus gros qu'un pois, légèrement mamelonné ; la surface est humectée, brillante, constamment lubrifiée par un liquide qui tache le linge en jaune. Elle est placée exactement dans l'excavation formée par le bourrelet cutané du nombril, bourrelet du reste plus développé que normalement. La consistance de cette tumeur est moyenne. Un pédicule rétréci l'unit au fond de l'entonnoir ombilical ; elle n'est l'objet d'aucune réduction. Cette tumeur est facilement enlevée de même manière que les autres, et la plaie est traitée de même. Cicatrisation rapide.

Cet enfant présente, en outre, un testicule tuberculeux avec trajet fistuleux à droite, et un petit doigt supplémentaire sur chaque main.

L'examen micrographique de cette tumeur montre qu'elle est constituée par du tissu embryonnaire. Une substance grenue sépare çà et là les cellules et donne en certains points l'aspect de cavités spéciales. A un grossissement un peu considérable on reconnaît que ces espaces sont limités par des cellules qui sont plus tassées les unes contre les autres. De plus, dans quelques-unes de ces lacunes, on trouve les cellules plongées dans la substance grenue, opaque, vaguement fibrillaire qui les remplit. Dans beaucoup de points, ces espaces sont moins considérables et donnent à la tumeur l'aspect d'un myxome ; mais les cellules n'ont pas les prolongements propres qui les unissent entre elles ; ce sont de petites fibrilles conjonctives qui produisent cette apparence. A sa périphérie les cellules sont plus tassées. On ne trouve pas de vaisseaux dans cette tumeur.

Obs. VI. — *Granulome.* — Marie-Louise, âgée de 5 semaines, nous est apportée au mois d'août, pour une tumeur de l'ombilic.

Accouchement normal, chute du cordon le onzième jour. Il est resté une petite tumeur rouge, grosse comme la tête d'une épingle, qui augmenta peu à peu. Santé de l'enfant toujours excellente.

Actuellement, nous constatons qu'au niveau de l'ombilic la peau

fait une saillie en forme de cylindre, de 1 centimètre dans tous ses diamètres. La base de ce cylindre se continue sans dépression avec la peau voisine. Son extrémité antérieure ou sommet est déprimé et circonscrit une tumeur à son centre.

Cette tumeur est rosée, humide, sécrète un liquide visqueux, qui tache le linge en jaune à la manière du pus d'une plaie. A sa surface on voit quelques points où la coloration est plus blanche. Elle a 4 millimètres dans tous ses diamètres ; sa base est légèrement rétrécie, pour s'insérer au centre de la dépression du cylindre cutané. Lorsqu'on comprime cette tumeur avec la saillie cutanée qui la supporte, on réduit celle-ci et on sent qu'une anse intestinale rentre dans la cavité abdominale. La tumeur est enlevée comme d'ordinaire. On prescrit en outre de faire porter un petit bandage de toile avec pelote appropriée, pour aider à la guérison de la hernie congénitale qui fait proéminer la peau en forme de tumeur cylindrique.

Cette tumeur est formée par du tissu conjonctif qui se présente sous forme de tractus réfringents par place ; dans d'autres points il existe des fibres conjonctives avec beaucoup de jeunes cellules.

Kystes sébacés congénitaux de l'ombilic. — Langenbeck a publié une observation de ces tumeurs (1); nous en donnons une seconde, et après avoir dit que le kyste occupait dans notre cas le bourrelet en capuchon qui surmonte la cicatrice ombilical, nous croyons devoir nous borner à la relation du fait sans autres commentaires.

Obs. VII. — *Kyste sébacé congénital de l'ombilic.* — La nommée Fonta... (Francine), âgée de 9 ans, entre le 13 avril 1878 à l'hôpital Trousseau.

Cette enfant présente, au milieu de la dépression ombilicale, une saillie absolument hémisphérique, dont la moitié plane de l'hémisphère reposerait sur la paroi du ventre. Elle a ainsi à la vue la grosseur d'une demi-noix. Elle est bien exactement médiane, proéminant pourtant un peu plus du côté droit que du côté gauche, elle serait peut-être un peu au-dessous de l'ombilic, car la dépression qui est au-dessus est un peu plus marquée qu'au-dessous. La peau n'a pas changé de couleur. Au toucher cette tumeur présente un centre mou

---

(1) Langenbeck (1872), cité par Küster; article Ombilic, par Nicaise. Dictionn. encyclopédique des sc., méd. 2e série, t. XV, p. 180.

et fluctuant, une circonférence plus dure. Elle est limitée, mais adhère à l'ombilic par sa paroi profonde. On ne peut pas la déplacer; on lui sent, en un mot, comme un pédicule dur, fibreux. La toux, les pleurs de l'enfant, n'en augmentent pas le volume. Elle ne bat pas, n'est pas réductible par la pression. Il n'existe pas de dilatation vasculaire autour.

Pour toutes ces raisons nous croyons à un kyste probablement développé dans un adénome. La mère raconte que la tumeur remonte à la chute du cordon, et qu'on s'en aperçut immédiatement après la cicatrisation de l'ombilic. On la prit alors pour une petite hernie et on espérait la voir guérir spontanément. Cette tumeur a toujours persisté : depuis cinq ou six mois elle a augmenté d'une manière très notable.

Opération. — Nous avons disséqué la tumeur, et l'ayant ouverte un peu, il en est sorti une matière sébacée, ramollie, grisâtre. Nous avons reconnu que par sa profondeur la tumeur adhérait à la cicatrice ombilicale si intimement qu'on n'aurait pas pu les séparer. Aussi n'ai-je enlevé que les deux tiers de la poche, cautérisant un peu le fond.

Ce dernier fait explique bien l'adhérence clinique que nous avons signalée.

Diagnostic et traitement des tumeurs adénoïdes diverticulaires. — L'origine des tumeurs adénoïdes diverticulaires étant une hernie congénitale d'un diverticule intestinal, on devrait constater au moment de la naissance les caractères de l'existence de ce diverticulum dans le cordon; mais, d'une part, dans les faits que nous avons relatés, cette constatation n'a pas été faite; d'autre part, comme le fait remarquer M. le professeur Duplay (1), la symptomatologie des hernies diverticulaires repose sur des exemples trop peu nombreux pour qu'on puisse la faire avec exactitude.

« Si le diverticule est mince et étroit il passera inaperçu ; dans le cas contraire, où il existerait un canal dilaté, renfermant dans son intérieur des matières muqueuses ou autres..., on pourrait reconnaître la présence de celui-ci à une épaisseur plus considérable du cordon et, mieux, à l'existence d'un gargouille-

(1) Thèse de concours, 1866, p. 24.

ment produit par la pression du cordon à sa base. »(Duplay, loc. cit., p. 24.)

Ce sont en définitive les signes de la hernie ombilicale ordinaire.

Quoi qu'il en soit, ces signes n'ont pas été mis en évidence dans les faits précédents, et d'ailleurs ils ne serviraient qu'à faire suivre avec plus de sollicitude la marche des phénomènes ultérieurs, sans en modifier le caractère. La tumeur ne se montre, en effet, qu'après la chute du cordon, et elle part de la cicatrice ombilicale elle-même. Ses progrès, assez lents, n'amènent, d'ailleurs, qu'exceptionnellement un très grand développement, puisqu'elle ne dépasse pas en moyenne le volume d'une petite cerise.

C'est à cette période, c'est-à-dire depuis les jours qui suivent la chute du cordon, qu'il importe d'en fixer autant que possible la nature, par une étude des caractères propres ou différentiels. Les premiers sont : l'irréductibilité, la consistance, la couleur, le mode d'implantation, la nature des produits de sécrétion.

L'irréductibilité a été un fait constant dans toutes les observations et le pédicule de la tumeur plus ou moins large, d'ailleurs, dépassant 5 millim. quelquefois, s'implante sur l'ouverture ombilicale en se fusionnant avec elle. On sent qu'il y est solidement fixé, tout en paraissant se prolonger dans la profondeur de cette ouverture. D'un aspect rouge uniforme, la tumeur présente une surface lisse et unie sans lobules distincts. Sa consistance est celle d'un corps plein, élastique ; assez résistant.

Enfin, sa surface est recouverte d'un enduit visqueux, qui ne tache plus le linge à la manière d'une sécrétion purulente ordinaire, mais plutôt comme un liquide muqueux.

L'ensemble de ces signes acquiert tout d'abord une valeur assez grande pour ne pas permettre la confusion avec les tumeurs stercorales ou urinaires de la région de l'ombilic et d'origine congénitale.

Dans celles-ci l'apparence est assez comparable aux précédentes, mais, en général, la mollesse est plus grande; de plus, on y retrouvera une réductibilité qui fait défaut dans les tu-

meurs solides. La recherche de cette réductibilité est importante et nécessite un soin particulier.

Elle devra toujours s'exercer, non en vue de réduire la tumeur dans son entier, mais dans le but de faire rentrer le contenu dans la cavité abdominale. Cette réduction sera plus facile pour l'urine que pour les matières intestinales; et, dans ce dernier cas, la présence de gaz dans la tumeur y produirait un gargouillement significatif.

Cependant la méprise peut avoir lieu, témoin le fait cité par Holmes, et on ne saurait trop apporter d'attention sur ce point. Néanmoins les observateurs attestent qu'en général les tumeurs stercorales de l'ombilic sont d'emblée fistuleuses, ce qui revient à dire que le travail qui a détaché le cordon a ouvert en même temps soit l'intestin, soit un de ses diverticules.

Les tumeurs adénoïdes ne sauraient être confondues, ni avec les kystes, ni avec les tumeurs érectiles proprement dites; mais le granulome est celle qui s'en rapproche le plus.

La fréquence du granulome est certainement beaucoup plus grande que celle des tumeurs diverticulaires; aussi est-ce à lui qu'on doit penser tout d'abord. De nombreux caractères permettent de le distinguer dans la majorité des cas; il peut, en effet, ne pas dépasser le volume d'un petit bourgeon exubérant et implanté sur les côtés de l'anneau ombilical; alors il ne saurait y avoir de doute. D'un autre côté, s'il acquiert un développement plus considérable, ce surcroît de volume se fait par les bourgeonnements multiples qui donnent à la surface de la tumeur un aspect inégal et lobulé.

D'autre part, il exhale une sécrétion franchemeut purulente qui tache le linge en jaune et fait comme une croûte qui le raidit. Le granulome est plus mou, moins élastique que les tumeurs diverticulaires, et plus exposé qu'elles aux exhalations hémorrhagiques. Le granulome, enfin, disparaît, soit spontanément, soit par de légères cautérisations, tandis que dans nos trois observations d'adénoïdes les cautérisations répétées ont été inefficaces et entièrement inutiles.

Mais pourtant, il pourrait arriver que le granulome, en se développant dans l'entonnoir ombilical, prenne une forme

moulée sur les parties voisines, qui le rende plus égal, plus uni et plus dense, et si son implantation est assez large, on comprend le doute sur la nature de la tumeur.

Ce doute, nous l'avons eu au point de commettre une méprise en diagnostiquant une tumeur diverticulaire, alors que l'examen histologique indiqua que ce n'était qu'un granulome. L'extirpation de ces petites tumeurs devra toujours, en effet, être suivie d'une inspection micrographique.

Le traitement des tumeurs de l'ombilic chez l'enfant présente peu de particularités. Nélaton a insisté sur le danger tenant au voisinage du péritoine. Dans le kyste sébacé, que nous avons eu à traiter, la crainte de blesser la séreuse nous a déterminé à n'enlever que les deux tiers de la poche et à cautériser le fond au crayon de nitrate d'argent.

Lorsque la tumeur est pédiculisée, tous les moyens d'exérèse, usités en pareils cas, peuvent être employés. Cependant, il est avantageux de faire un choix et d'adopter de préférence ceux qui réunissent à une commodité plus grande les avantages de n'exposer à aucun danger.

A un point de vue général, la ligature, soit élastique, soit fortement serrée d'emblée, se recommande d'une manière toute spéciale. Elle a été préconisée par Simpson et Doeff (1) et nous y avons eu fréquemment recours. Pourtant, dans le granulome simple, elle a l'inconvénient de ne pas toujours éviter les récidives, c'est-à-dire la réapparition de nouveaux bourgeons après la chute du fil.

C'est pour cela que les cautérisations, soit au nitrate d'argent, soit au perchlorure de fer, comme le recommande M. Depaul, trouvent dans ces cas une supériorité sur la ligature. A l'égard des tumeurs adénoïdes on doit procéder avec une réserve plus grande et avoir toujours en vue la crainte d'une fistule stercorale consécutivement à l'opération.

Si un examen très attentif ne permet pas de croire à l'existence d'un trajet central communiquant avec l'intestin, toutes les méthodes d'exérèse peuvent alors être employées, car l'inutilité

(1) Schmidts Jarhrbücher, t. XXVII, p. 178.

des cautérisations répétées est attestée par ce qui s'est produit dans nos faits.

On aura donc le choix entre la ligature et l'excision, et nous ne pourrions pas dire, d'ailleurs, dans l'hypothèse précédente, si l'une ou l'autre de ces méthodes mettrait plus sûrement à l'abri de la complication que nous prévoyons.

Nous avons pratiqué l'excision simple en prenant la précaution de cautériser ultérieurement la plaie d'excision, etc.; la guérison a été très prompte et définitive. Dans l'un des cas une fine artériole donna du sang; il n'y eut pas besoin de faire une ligature, et une légère compression amena tout de suite la cessation de l'hémorrhagie.

EXPLICATION DES FIGURES

Fig. I (Oc. 1, obj. 00 de Verick).

Coupe antéro-postérieure de la tumeur depuis la surface jusqu'à son pédicule.

A. Zone périphérique.
B. Zone moyenne.
C. Zone centrale.
1. Enveloppe de la tumeur.
2. Epithélium cylindrique, coloré à la base, qui tapisse la surface de la tumeur.
3, 3, 3, 3. Longues glandes en tube avec orifice élargi.
4. Quelques culs-de-sac de ces glandes coupés obliquement par rapport à leur direction.
5. Glandes en tube à épithélium clair.
6. Couche de fibres musculaires lisses parallèle à la surface.
7. Couche conjonctive.
8. Follicule lymphatique.
9. Seconde couche de fibres musculaires lisses.
10. Tissu conjonctif dont les faisceaux divisent la masse centrale en lobules irréguliers.
11. Vaisseaux sanguins.
12. Glandes du centre de la tumeur.
13. Pédicule.

Fig. II (Oc. 1, obj. 00 de Verick).

Coupe antéro-postérieure depuis la surface jusqu'au pédicule.

A. Zone superficielle.

B. Zone centrale.

1. Epithélium cylindrique fortement coloré à la base, qui tapisse toute la surface de la tumeur.

2. Glande en tube énorme, bifide à sa partie profonde, avec orifice d'ouverture élargi.

3, 3. Culs-de-sac glandulaires coupésplus ou moins obliquement par rapport à leur direction.

4. Trois glandes en tube s'ouvrant par un orifice commun à la surface de la tumeur.

5. Amas de glandes en tube à épithélium clair : les tubes sont à peine séparés par quelques fibrilles conjonctives.

6. Cul-de-sac d'une glande en tube à épithélium coloré au milieu d'un amas des glandes à épithélium clair.

7. Zone où les saillies sont irrégulières, en forme de papilles.

8. A la base de ces papilles s'ouvrent les glandes en tube à épithélium clair.

9. Couche régulière de fibres musculaires lisses parallèles à la surface de la tumeur.

10. Fibres musculaires lisses coupées obliquement par rapport à leur direction.

11. Seconde couche de fibres musculaires lisses parallèles à la première.

12. Faisceaux de fibres musculaires lisses coupés perpendiculairement a leur direction.

13. Tissu conjonctif avec de petites cellules embryonnaires.

14, 14, 14, 14. Sang répandu dans la zone corticale et à la surface de la tumeur.

15. Vaisseaux sanguins.

16. Pédicule de la tumeur.

Fig. III (Oc. 2, obj. 7 de Verick).

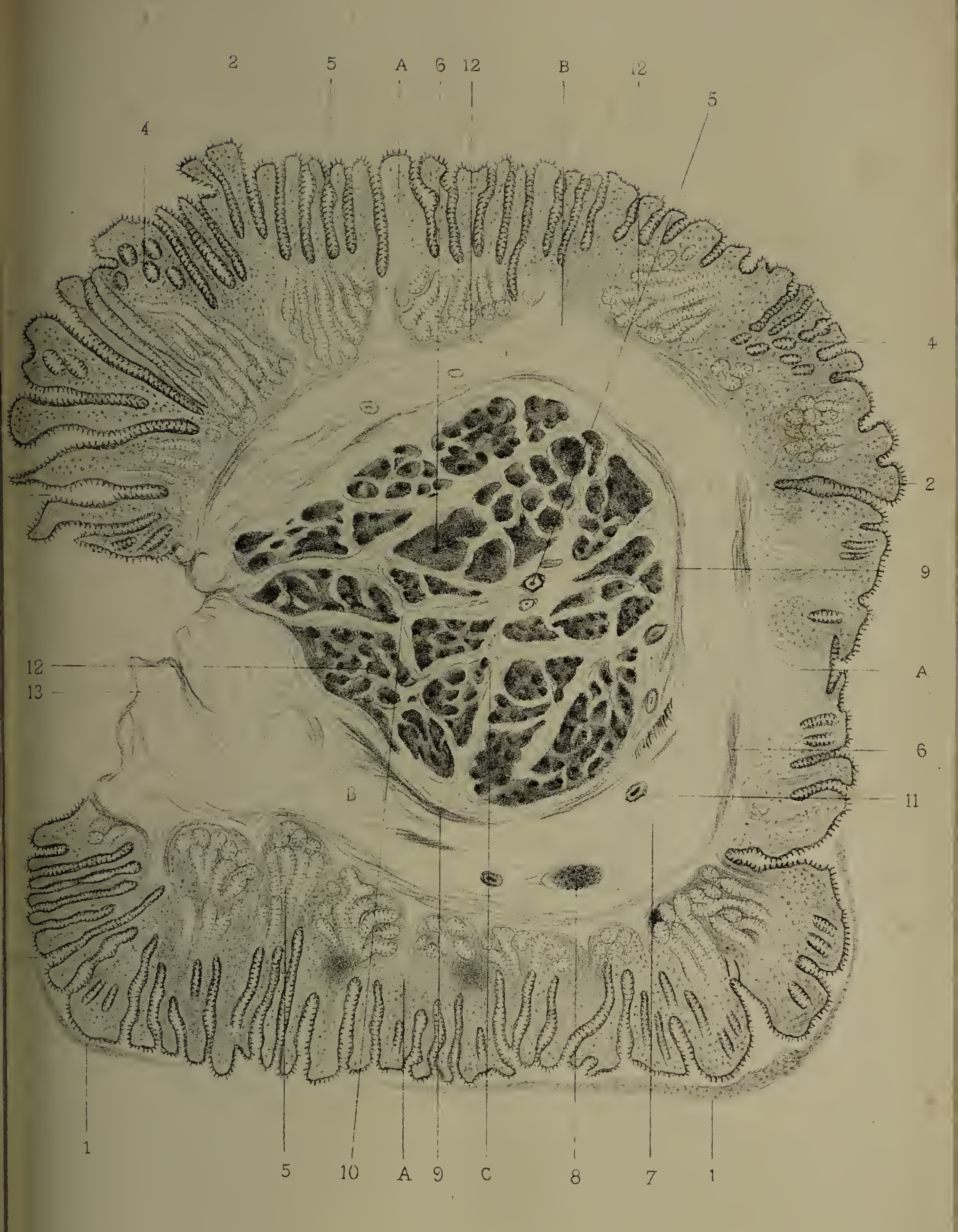
Ces deux figures représentent les glandes de la partie centrale de la première figure.

Du tissu conjonctif, avec petites cellules embryonnaires nombreuses, limite les culs-de-sac glandulaires.

Fig. IV (Oc. 2, obj. 7 de Verick).

Cette figure représente l'épithélium à cellules cylindriques, colorées à la base, remplies de mucus dans le reste de leur étendue. Ces cellules tapissent toute la surface des deux tumeurs et se prolongent dans les glandes en tube qui forment la première variété des glandes de ces tumeurs. Au-dessous de l'épithélium se trouve du tissu conjonctif avec une grande quantité de cellules embryonnaires.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de médec., A. Davy, successeur,
52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14



mont ad nat, del. Imp. Lemercier & Cie Paris A. Karmanski, lith.

La reduction $\frac{5}{6}$

...nat del

Imp. Lemercier & Cie Paris.

A. Karmanski lith.

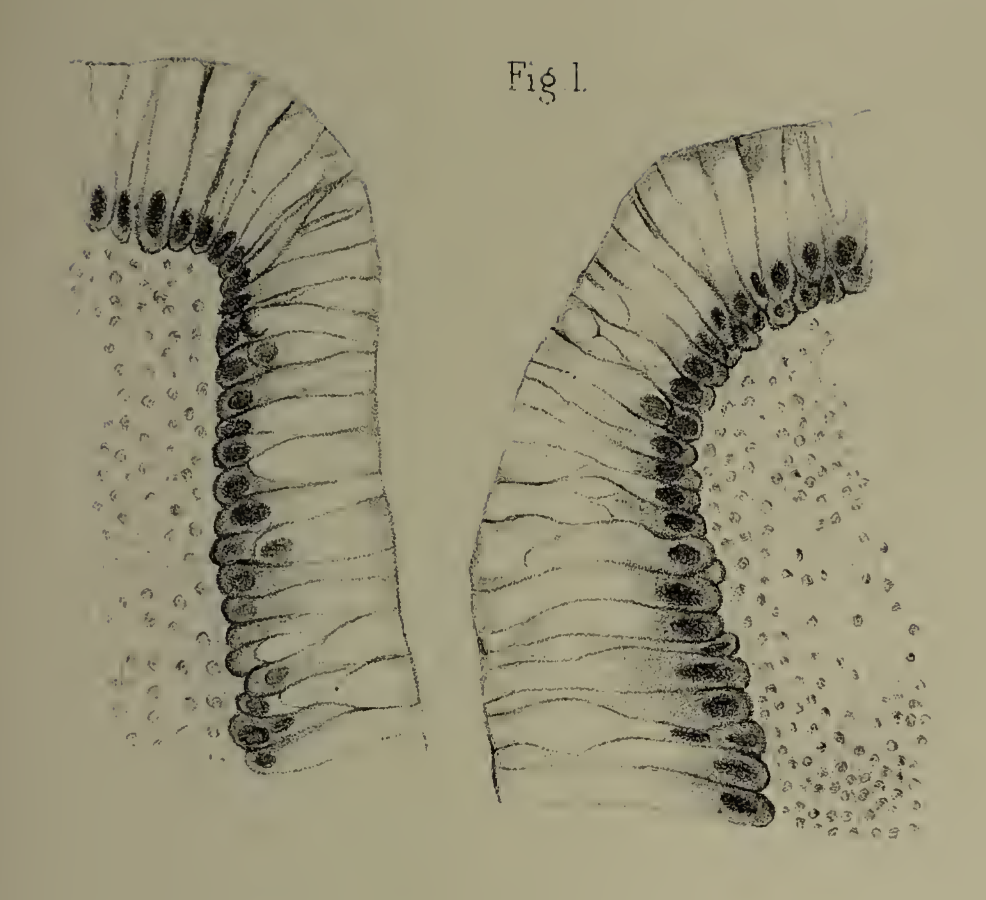


Fig. 1.

Fig. 2

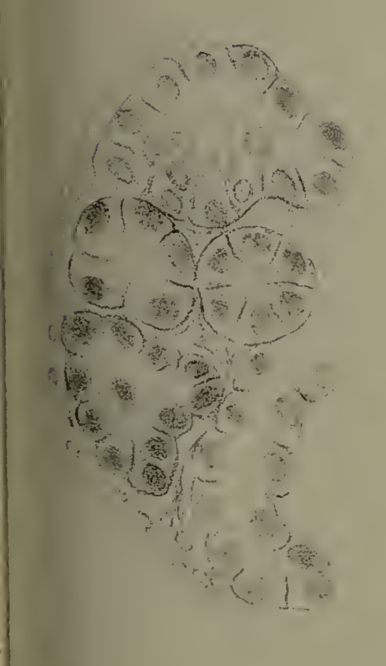


Fig. 3.



...ont ad nat. del   Imp. Lemercier & Cie Paris   A. Karmanski, lith.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.